TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr LÉON LE FORT

Agrégé de la Faculté de médecine, Chirurgien de l'hôpital Cochin,
Membre de la Société de chirurgie.

PARIS
IMPRIMERIE DE E. MARTINET
RUE MIGNON, 2

1868

TITRES ET FONCTIONS

1848. Chirurgien élève à l'hôpital militaire d'instruction de Lille. Licencié par décret du 23 avril 1850 (suppression des hôpitaux militaires d'instruction).

1850. Externe des hôpitaux civils de Paris.

1852. Interne des hôpitaux civils de Paris.

1858. Aide d'anatomie à la Faculté de médecine. Docteur en médecine.

1859. Chirurgien sous-aide volontaire (armée d'Italie).

1861. Prosecteur à la Faculté de médecine.

1863. Chirurgien du Bureau central.
Agrégé à la Faculté de médecine.

1865. Chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés.

1866. Chirurgien de l'hôpital du Midi.

1867. Chirurgien de l'hôpital Cochin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société anatomique. Membre adjoint.
Société médicale d'observation. Membre titulaire (vice-président, 1858).
Société de chirurgie. Membre titulaire.
Institut royal de Portugal. Membre correspondant.
Institut royal Lombard. Membre correspondant.
Accademia fisio medico statistica de Milan. Membre correspondant.
Academia Gioenia de Catane. Membre correspondant.
Société impériale de médecine de Moscou. Membre correspondant.
Société de médecine d'Odessa. Membre correspondant.
Société de médecine du département du Nord. Membre correspondant.

ENSEIGNEMENT

1858–1863. Cours réglementaires d'anatomie et de médecine opératoire faits à l'École pratique.

1861. Cours publics d'anatomie chirurgicale. Amphithéâtre de l'École pratique.

1862–1863. Cours publics de pathologie externe et de médecine opératoire. Amphithéâtre de l'École pratique.

1868. Conférences cliniques de chirurgie et exercices pratiques de micrographie et d'oculistique (hôpital Cochin).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

CHIRURGIE

1. — *De la résection du genou.*

(Mémoires de la Société de chirurgie.)

Vers 1858, les journaux scientifiques de l'Allemagne et de l'Angleterre nous apportaient de nombreuses observations de résection du genou et de la hanche dans des cas de tumeurs blanches; frappé des brillants résultats obtenus dans la majorité des cas, désireux de me rendre compte par moi-même de l'étendue des guérisons annoncées, et d'étudier l'opération aux lieux mêmes où on la pratiquait, j'allai passer cinq mois dans les hôpitaux de Londres pour y étudier la chirurgie anglaise et surtout cette importante question des résections articulaires, substituées à l'amputation.

Ce que je vis à Londres me convainquit de l'excellence de la résection lorsqu'elle est applicable et indiquée. Je cherchai donc à réunir le plus grand nombre possible des faits dans lesquels la résection avait été mise en usage, afin d'étudier la valeur de cette opération, non plus d'après quelques cas, mais d'après la généralité des observations publiées. Lorsque je présentai mon Mémoire à la Société de chirurgie en 1859, aucun travail d'ensemble n'avait encore été fait sur la résection du genou. Butcher, dans ses articles insérés en 1855 dans le *Dublin quarterly Journal*, joignait à l'observation de son opéré la mention de trente autres faits appartenant à la chirurgie anglaise; mon mémoire s'appuyait sur 217 cas de résection

publiés dans les recueils scientifiques français, anglais, allemands ou américains et sur quelques observations inédites.

Je montrai que la résection du genou laisse après elle un membre très-utile, malgré le léger raccourcissement qui suit forcément l'enlèvement d'une partie plus ou moins considérable du fémur et du tibia ; j'indiquai, d'après les faits, les procédés opératoires susceptibles de donner les meilleurs résultats, je cherchai à poser sur les mêmes bases les indications et les contre-indications de l'opération. Quatre objections principales étaient opposées en France à la résection du genou et semblaient justifier l'oubli complet dans lequel était tombée cette opération.

Le manque de solidité du membre après la résection, l'arrêt de développement du membre opéré et par suite l'augmentation incessante du raccourcissement ; la mortalité plus grande qu'après l'amputation de la cuisse.

Les faits m'ont permis de montrer que le membre opéré, s'ankylosant solidement au genou, acquiert une solidité parfaite, et cette démonstration a pu être faite depuis à Paris même, car des opérés ont été montrés à la Société de chirurgie et à l'Académie par MM. Verneuil, Dusseris et par moi-même. Ces cinq malades avaient tous un membre solide et des plus utiles ; les deux opérés de M. Verneuil étaient des adultes, les deux de M. Dusseris et le mien étaient des enfants.

Mais, ainsi que l'a si bien montré Malgaigne, on ne peut apprécier les véritables résultats d'une opération qu'en suivant les malades plus ou moins longtemps après leur guérison. Avant de rédiger mon Mémoire, j'écrivis à tous les chirurgiens anglais ayant pratiqué plus ou moins longtemps auparavant la résection du genou, afin d'avoir des renseignements sur les phénomènes qui avaient pu se présenter et les accidents qui avaient pu survenir depuis l'époque où l'observation avait été publiée. Tous, en me répondant avec cette bienveillante confraternité et cet empressement qu'on est si heureux de trouver partout à l'étranger, me promirent de compléter par des détails inédits les 217 observations que j'avais joint à mon Mémoire, traduites in extenso, comme pièces justificatives d'un débat scientifique dont presque tous les documents étaient publiés en langue étrangère.

Malheureusement pour moi, ce Mémoire que mon état de fortune m'empêchait de pouvoir publier moi-même, séjourna pendant cinq années dans les archives de la Société de chirurgie, qui ne le publia qu'en 1864, alors que dans l'intervalle avaient paru en Angleterre et en Allemagne quelques travaux moins complets, mais cependant très-importants, sur le même sujet. Mais depuis la lecture de ce Mémoire en 1859, MM. Follin, Gosselin, Giraldès, Richard, Verneuil, Dusseris, Surbled et moi-même avons pratiqué le plus souvent avec succès la résection du genou, et j'ai lieu d'espérer que la prévention qui règne encore contre cette opération ne tardera pas à disparaître devant l'évidence des résultats.

La partie la plus importante du sujet était celle de la mortalité. Il fallait comparer la mortalité de la résection à celle de l'amputation de la cuisse et faire cette comparaison entre les deux opérations pratiquées dans le même milieu. Je fus donc amené à rechercher quelle était, dans les hôpitaux d'Angleterre, la mortalité consécutive à l'amputation de la cuisse... Les statistiques à cette époque étaient moins nombreuses qu'aujourd'hui ; je pus cependant établir, sur un grand nombre de faits, que l'amputation était plus meurtrière que la résection.

Mais un fait me frappa vivement; cette mortalité était notablement moins élevée à Londres qu'à Paris; je signalai le fait, puis je voulus en rechercher les causes. Je retournai plusieurs fois en Angleterre, je parcourus les principaux hôpitaux de l'Écosse et de l'Irlande, je crus trouver la cause de cette différence dans le régime des opérés, dans le mode de pansement, dans l'hygiène hospitalière, et c'est ainsi que s'élevèrent deux des plus importantes questions discutées aujourd'hui : les statistiques comparées, l'hygiène des hôpitaux.

2. — *Luxation intra-coracoïdienne. — Réduction le deuxième jour. — Mort quatre jours après.*

(*Revue médico-chirurgicale*, 1853.)

Étude anatomo-pathologique sur le mode de réparation de la déchirure capsulaire après la luxation de l'épaule.

3. — *Fracture de la rotule. — Guérison avec consolidation osseuse par l'emploi des griffes.*

(*Revue médico-chirurgicale*, 1855.)

4. — *Traitement de la grenouillette par l'extirpation du kyste.*

(*Revue médico-chirurgicale*, 1855.)

5. — *Ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière en dedans des scalènes pour un anévrysme traumatique de la sous-clavière.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1859, p. 352.)

La ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière n'avait été faite qu'une seule fois par Liston. Ayant à traiter un blessé de Magenta atteint d'un anévrysme de la sous-clavière, M. Cuvellier, chirurgien en chef des hôpitaux de Milan pendant l'occupation de 1859, crut devoir répéter cette opération au lieu de lier l'innominée, opération qui avait toujours été suivie de mort. Le malade mourut d'hémorrhagies répétées vers le treizième jour ; M. Cuvellier voulut bien me confier l'autopsie et la préparation de la pièce anatomique. Je constatai l'imperméabilité du bout cardiaque et la perméabilité du bout périphérique de la sous-clavière, en même temps que la non-oblitération de la vertébrale.

Recherchant alors dans l'histoire des treize observations de ligature de l'innominée la cause de la mort, je constatai et je pus montrer que les hémorrhagies, dans le cas où le tronc brachio-céphalique a été lié, ou lorsque la ligature a été appliquée sous la sous-clavière en dedans des scalènes, proviennent, non du bout cardiaque, mais du bout périphérique.

6. — *Des tumeurs blanches des articulations occipito-atloïdo-axoïdiennes.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1859.)

Ce travail, écrit à titre de rapport, renferme l'histoire critique des observations et des travaux publiés sur ce sujet, et des considérations sur

le mécanisme et le traitement des accidents qui accompagnent ou suivent cette affection.

7. — *Fracture du col de l'humérus avec pénétration du fragment dans le centre de la tête humérale.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1856.)

8. — *Du traitement de l'ongle incarné.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1861.)

9. — *Guérison possible des plaies du cœur. — Enchatonnement d'un corps étranger dans les parois de l'organe.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1861.)

10. — *Du traitement de l'éléphantiasis par la ligature de l'artère principale du membre.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1861. *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 546.)

Chargé de faire un rapport sur un cas d'éléphantiasis, et frappé des cas déjà assez nombreux de guérison obtenus en Angleterre et en Amérique, par la méthode de Carnoghan, c'est-à-dire par la ligature de l'artère principale du membre ; je recherchai si quelques dispositions anatomiques particulières à certains cas d'éléphantiasis ne pouvaient pas rendre compte de l'effet heureux de cette méthode. Étudiant le fait qui était soumis à mon examen et aussi les observations publiées, je crus pouvoir établir que certaines formes d'éléphantiasis ne sont autre chose qu'un développement variqueux des capillaires veineux du derme avec dépôt plastique interstitiel, et que c'est dans cette forme seulement que l'on peut espérer obtenir la guérison par la ligature de la fémorale.

11. — *Considérations sur le traitement des fractures chez les enfants.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1861.)

12. — *Des progrès récents de l'instrumentation chirurgicale.*

(*Revue de l'exposition universelle de Londres. Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 609, 625, 657, 705, 816.)

13. — *Examen critique des signes et du traitement du glaucome aigu.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1862.)

14. — *De la nature contagieuse de l'érysipèle.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1862.)

Réfutation des idées émises par M. Després dans son livre sur la nature de cette affection.

15. — *De la résection de la hanche dans les cas de coxalgie et de plaies par armes à feu.*

(*Mémoires de l'Académie de médecine*, vol. XXV.)

Comme mon *Mémoire sur la résection du genou*, celui-ci est basé sur l'examen et l'étude des observations. J'ai pu en rassembler 97, dont 96 appartiennent à la chirurgie étrangère, car cette opération n'avait été jusqu'alors pratiquée qu'une seule fois en France, par Roux en 1849.

Pas plus pour la hanche que pour le genou, je ne regarde la résection comme un mode de traitement régulier de la maladie ; si la résection du genou peut être utilement substituée à l'amputation de la cuisse, la résection de la hanche se substitue à l'expectation, dans les coxalgies graves regardées jusqu'alors comme au-dessus des ressources de l'art.

La coxalgie suppurée, accompagnée de carie du fémur et surtout de carie ou de nécrose de la cavité cotyloïde, avec ou sans perforation, était considérée comme presque fatalement mortelle ; on se bornait, on se borne encore trop souvent à attendre de la nature, secondée par des pansements méthodiques et un traitement interne, une guérison absolument exceptionnelle.

C'est à ces cas graves que s'applique la résection, et j'ai pu montrer que l'art peut intervenir avec succès par une opération facilement praticable, ayant donné seulement une mortalité de 41 pour 100, chiffre plus favorable que celui fourni à Paris par l'amputation de la cuisse, mais qui s'explique aussi par cette circonstance que la résection de la hanche a été le plus souvent pratiquée chez des enfants.

Deux objections principales étaient faites à cette résection : elle laisse après elle un membre inutile; elle est impraticable dans les cas graves, car presque toujours alors la cavité cotyloïde est malade, aussi bien que le fémur.

Les faits que j'ai observés moi-même en Angleterre, ceux beaucoup plus nombreux que j'ai puisés dans les recueils scientifiques ou dont j'ai recueilli personnellement les observations, m'ont permis de répondre à ces deux objections. Le plus grand nombre des malades a pu, après l'opération, marcher avec une grande facilité, beaucoup sans même s'aider d'une canne. Quant aux malades chez lesquels on a ruginé ou reséqué la cavité cotyloïde, enlevé une plus ou moins grande portion de l'os iliaque et pénétré même dans le bassin, on trouve, sur 27 cas, 15 guérisons, 11 décès, 1 récidive. Or, on peut affirmer que si le plus grand nombre de ces coxalgiques ont guéri par la résection, le plus grand nombre au contraire eût succombé si, comme nous le faisons en France, on s'était abstenu par la raison que la cavité cotyloïde ou l'os iliaque étaient envahis par la maladie.

Ce mémoire a fait à l'Académie de médecine le sujet d'une longue et importante discussion soulevée par le rapport bienveillant de M. Gosselin, et il a été le point de départ et l'occasion de la grande discussion sur l'hygiène hospitalière.

16. — *De la fève de Calabar comme constricteur de la pupille.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 467.)

La fève de Calabar venait d'être expérimentée en Angleterre comme antimydriatique. J'ai cherché à faire connaître en France ce nouvel agent

thérapeutique, employé déjà à Édimbourg et à Londres, par MM. Bowman, Soelberg Wells, Woolcott, etc., contre la paralysie des fibres musculaires de l'iris.

17. — *Expériences sur l'antagonisme de la belladone et de la fève de Calabar.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 593.)

Ayant pu me procurer de la fève de Calabar, je me suis livré sur moi-même à quelques expériences pour rechercher son mode d'action et surtout sa puissance relative, comme antagoniste de la belladone. Après avoir, par la calabarine, amené ma pupille au maximum de resserrement, je me suis appliqué sur la conjonctive une goutte de solution d'atropine. En quelques minutes, le resserrement a fait place à une extrême dilatation; l'action de la fève était complétement annihilée. Une heure après, nouvelle application de fève de Calabar; aucun résultat. Il fallut, pour arriver à neutraliser l'effet de la belladone, employer, à cinq ou six reprises, de la fève de Calabar. Lorsque le resserrement eût été obtenu, il ne persista que très-peu de temps; la belladone reprit le dessus, et, malgré des applications multipliées de calabarine, quatre jours après que la goutte d'atropine avait été instillée dans l'œil, la pupille de l'œil en expérience avait repris une dimension plus grande que celle de l'autre œil.

Quant à l'action de la fève de Calabar, employée sans qu'il ait été fait usage de préparation belladonée, son action cesse environ après vingt-quatre heures.

18. — *Des progrès les plus récents en ophthalmologie.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 829.)

Les nombreux travaux publiés en France et à l'étranger témoignent de l'intérêt qui s'attache à l'étude de cette partie de la chirurgie, et il en est peu qui aient fait, depuis dix ans, des progrès aussi considérables. L'ophthalmoscope, aujourd'hui employé partout et par tous, avait permis de reconnaître et de diagnostiquer avec précision des altérations anato-

miques et fonctionnelles dont on n'avait auparavant qu'une connaissance bien imparfaite, et dont quelques-unes même étaient complétement inconnues. La découverte du mécanisme de l'accommodation, l'étude de ses modifications pathologiques tenant à la perte ou à l'insuffisance des facultés accommodatrices ou à la conformation vicieuse des milieux réfringents, comme dans l'astigmatisme, m'avaient paru mériter d'être analysées et examinées lors de la publication des travaux de Sperino, Follin, Laurence, Donders, etc.

19. — *Examen critique des résultats obtenus en Angleterre par l'opération de l'ovariotomie.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 801 ; 1863, p. 17.)

20. — *De la taille et de la lithotritie en Angleterre.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 862 ; 1864, p. 30.)

Examen critique des procédés opératoires employés et des résultats statistiques fournis par l'opération de la taille dans les principaux hôpitaux d'Angleterre.

21. — *De la chromidrose ou chromocrinie.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 365 ; 1864, p. 113.)

En 1861, l'Académie de médecine avait discuté le mémoire par lequel M. Leroy de Méricourt appelait l'attention sur une maladie nouvelle caractérisée par la coloration bleue de la paupière inférieure. Nous avions étudié à cette époque, avec MM. Vulpian et Dechambre, les moyens que les malades pouvaient employer pour simuler une maladie que l'on était tenté de regarder comme une supercherie. L'observation si concluante de Teevan, inconnue en France, et que nous avions pu lire dans le *Dublin quarterly Journal*, m'avait fait penser que les faits rapportés par M. de Méricourt étaient scientifiquement observés, réels, et c'est ce que j'ai cherché à prouver par l'analyse et la critique des vingt-deux observations existant dans la science, en dehors des cas observés par M. Leroy de Méricourt lui-même.

22. — *D'une erreur à laquelle peut donner lieu l'hypospadias.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 593.)

Dans quelques cas d'hypospadias, l'ouverture de l'urèthre se trouve placée à la base du frein, et cette situation anormale, coïncidant avec l'existence d'un méat bien dessiné comme d'ordinaire au sommet du gland, mais imperforé, peut laisser croire à une imperforation qui n'existe pas. Un fait, observé à l'hôpital Saint-Antoine, m'avait montré que cette erreur peut être facilement commise. J'ai cru devoir attirer l'attention sur ce point à la suite de la publication d'un fait intitulé : *Atrésie de l'urèthre chez un nouveau-né; perforation de la verge dans toute sa longueur pour l'établissement du canal; succès complet.* Or, l'examen attentif de l'observation me prouva que l'erreur avait cette fois été complétement commise, et l'opération si brillante se bornait à une perforation d'une partie du gland, le chirurgien ayant eu le bonheur de rencontrer le canal normal, qui s'ouvrait, par un orifice qui avait été méconnu, à la base du frein.

23. — *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin et des moyens d'y remédier.*

(Thèse de concours pour l'agrégation, 1863.)

Le sort me donna, ou plutôt m'imposa, l'étude de cette difficile question à une époque où aucun travail analogue n'avait été publié en France, et il n'en existait pas davantage à l'étranger, sauf celui de Kussmaul, ayant trait seulement aux vices de conformation de l'utérus. De nombreuses recherches bibliographiques m'ont cependant permis de rassembler un grand nombre d'observations éparses dans les auteurs et les recueils scientifiques de tous les pays, et de tracer l'histoire des vices de conformation de l'utérus et du vagin, en prenant pour point de départ l'embryogénie, et montrer pour chacun d'eux par quel mécanisme ils résultent de l'arrêt de développement de telle ou telle partie.

La partie de ce mémoire consacrée à l'hermaphrodisme et à la patho-

génie des malformations est celle à laquelle j'attache le plus d'importance. Les idées émises par Coste en 1839, acceptées jusqu'alors en France presque sans changements et peut-être sans un contrôle suffisant, ne pouvaient donner une explication satisfaisante du mode de production de l'hermaphrodisme interne. Les recherches ultérieures de Köbelt, Raathke, Farre, Bischoff et Leuckart, avaient amené ces anatomo-physiologistes à des résultats opposés aux théories de Coste. Amené ainsi à examiner les dessins faisant partie de la collection du Collége de France, je trouvai avec étonnement sur ces pièces mêmes la confirmation des idées allemandes et de la théorie que j'avais cru pouvoir en déduire, quant au mode de production de l'hermaphrodisme. Après avoir rapporté et discuté les observations, j'ai montré que s'il n'existe aucun exemple d'hermaphrodisme fécond, on ne saurait nier aujourd'hui l'existence de l'hermaphrodisme vrai, du moins au point de vue anatomique, et je crois avoir montré que ce vice de conformation, si étrange en apparence, s'explique facilement par la déviation de l'évolution de certaines parties du corps de Wolff, qui s'atrophient chez l'homme et se développent chez la femme, tandis que l'on admettait en France que les mêmes organes primordiaux pouvaient devenir indifféremment organes mâles ou organes femelles.

24. — *De l'iridectomie dans le traitement du glaucome.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 625.)

25. — *Empoisonnement par la fève de Calabar.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 641.)

26. — *De la ligature du tronc brachio-céphalique et de l'artère sous-clavière.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 785-801.)

L'observation si importante de ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière, pratiquée à Milan, par M. Cuvellier, sur un blessé de Magenta ; l'autopsie du malade que j'avais pratiquée et qui m'avait montré

que les hémorrhagies étaient produites par la non-oblitération du bout périphérique de la sous-clavière, avaient vivement attiré mon attention sur les causes d'insuccès de la ligature du tronc brachio-céphalique ou de la sous-clavière en dedans des scalènes. La ligature de l'innominée avait été pratiquée douze fois, celle de la sous-clavière en dedans des scalènes neuf fois, celle de la carotide et de la sous-clavière en dedans des scalènes quatre fois; vingt-cinq opérations, vingt-cinq morts. Après avoir étudié tous ces faits, et montré que la cause de la mort n'est pas dans la non-oblitération du bout central, je disais, dans un article destiné au *Compendium de chirurgie*, imprimé mais non publié depuis cinq ans : « Si donc la ligature de la sous-clavière en dedans des scalènes, celles du tronc brachio-céphalique devenaient, dans un cas de plaie non-immédiatement mortelle d'anévrysme sur le point de se rompre, une opération de nécessité, nous pensons qu'il serait prudent, malgré les difficultés opératoires, malgré la crainte d'une mortification des membres supérieurs, qu'il serait même indispensable, si l'on veut éviter une mort presque certaine, de lier en même temps que la sous-clavière, et en jetant sur chacune d'elles un fil séparé, les artères vertébrale et thyroïdienne. »

C'est ce que fit depuis M. Smith (de la Nouvelle-Orléans). Voyant des hémorrhagies survenir après la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière en dedans des scalènes, et se continuer jusqu'à la septième semaine, il lia la vertébrale. Les hémorrhagies cessèrent, le malade guérit, et cette guérison est la première qui ait été obtenue après une opération qu'on croyait devoir rayer du cadre de la médecine opératoire. Ce travail était destiné, tout en faisant connaître le fait de M. Smith, à montrer par quel mécanisme la ligature avait pu être suivie de succès et de montrer aussi, d'après l'étude des faits, que ce n'est pas pour remédier à des hémorrhagies, mais pour les prévenir, qu'il faut lier la vertébrale en même temps que la sous-clavière.

27. — *De l'opium substitué aux purgatifs après l'opération de la hernie étranglée.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1865, p. 97.)

L'habitude de donner des purgatifs pour faciliter le rétablissement du cours des matières dans l'intestin hernié et étranglé me paraît être la cause des nombreux insuccès qui suivent l'opération de la herniotomie. Les accidents qui accompagnent l'étranglement ne tiennent pas essentiellement à l'obstacle matériel apporté à la non-circulation des liquides ou des gaz dans le tube intestinal, car ces accidents sont les mêmes dans l'épiplocèle étranglée, et ces accidents cessent lorsque dans une entérocèle la gangrène de l'anse intestinale herniée est survenue. Le point de départ des accidents, la cause de la mort, aussi bien dans la hernie que dans la péritonite, est dans l'altération de l'innervation sympathique, la réaction sur le système nerveux tout entier et les troubles qui surviennent dans l'innervation et la circulation. J'ai montré par des faits qui me sont personnels qu'après l'opération et l'administration de l'opium à hautes doses, les accidents disparaissent, bien qu'il n'y ait pas d'évacuations alvines, et j'ai obtenu des guérisons, bien que les opérés, traités par l'opium à hautes doses et largement alimentés, aient été de cinq à huit jours sans aller à la garderobe depuis le moment où l'opération est faite, et malgré l'absence de selles pendant les dix ou douze jours qui l'avaient précédé.

28. — *Des accidents cérébraux consécutifs à la ligature de la carotide primitive.*

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1864.)

Dans ce travail lu à la Société de chirurgie, mais non encore publié, j'ai pu montrer par l'étude des faits que les accidents cérébraux sont presque la règle après la ligature de la carotide primitive, mais qu'ils ne surviennent qu'à une époque tardive, plusieurs jours ou plusieurs semaines après

l'opération ; qu'ils débutent en général brusquement et qu'on ne peut les attribuer à une anémie cérébrale, mais bien à un ramollissement et quelquefois au transport d'un fragment du caillot dans une des artères de l'hexagone.

29. — *Parallèle de l'iridectomie et de l'opération d'Hancock.*

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1864, p. 454.)

Ce travail a été lu à la Société de chirurgie à propos d'une discussion qui s'était élevée dans cette Société sur la question de l'iridectomie. Ayant étudié à plusieurs reprises, dans les cliniques spéciales de l'Angleterre et plus tard de l'Allemagne et de la Russie, l'opération de l'iridectomie dans sa pratique et dans ses résultats, j'avais été frappé de voir avec quelle facilité, souvent trop grande, on se décide à y recourir.

Après avoir rassemblé les faits publiés et les statistiques des principaux hôpitaux spéciaux de l'Angleterre, de l'Allemagne et de la Russie, j'ai pu montrer que si l'iridectomie donnait, dans quelques cas, des résultats extrêmement heureux et qu'aucun autre traitement ne pouvait amener, elle était loin d'être indiquée dans tous les cas dans lesquels on y avait recours.

J'ai surtout cherché à me rendre compte de la nature du glaucome et du mécanisme de la guérison, soit par la section de l'iris (Graefe), soit par celle du muscle ciliaire (Hancock). Des expériences sur les animaux, l'étude des lésions anatomiques et du mode d'action des opérations m'ont amené à penser que la tension du globe oculaire, la dépression de la papille optique, etc., sont dus au refoulement de la rétine et de la choroïde par une sécrétion séreuse fournie par le feuillet vasculaire, s'échappant par la face uvéale de la choroïde et s'accumulant entre cette membrane et la sclérotique. L'opération doit donc, pour réussir, ouvrir la cavité dans laquelle le liquide se trouve accumulé et lui permettre de se mélanger à l'humeur aqueuse ou de s'échapper à l'extérieur. C'est pour cela que l'iridectomie ne réussit qu'à la condition que son bord circonférentiel soit atteint et que l'opération d'Hancock, en permettant au liquide de s'échapper au dehors, peut donner des résultats aussi satisfaisants que l'iridectomie.

30. — *Fistule du larynx. Nouveau procédé d'autoplastie par rapprochement.*

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1864, p. 489.)

On sait combien est difficile la guérison des fistules du larynx. Ayant à traiter, à l'hôpital de la Charité, un malade présentant une large fistule, et, ne pouvant employer ni le procédé de Velpeau, ni celui de J. Roux, j'imaginai un nouveau procédé, l'adossement et la réunion de deux lambeaux de peau, non pas par leur face profonde, mais par leur face superficielle. J'enlevai autour de la fistule les couches les plus superficielles du derme, de manière à avoir une surface elliptique avivée autour de l'orifice fistuleux. Je réunis les surfaces cruentées par six points de suture ; en quelques jours la guérison fut complète et resta permanente depuis cette époque.

31. — *Appareil nouveau pour le redressement lent et graduel du membre dans la coxalgie.*

(*Gazette des hôpitaux*, 1865.)

La coxalgie s'accompagne presque toujours de la flexion de la cuisse sur le bassin ; souvent ce mouvement s'est déjà produit lorsqu'on se trouve appelé auprès du malade, et il est indispensable de redresser le membre, si l'on veut éviter, après la guérison de l'état local, une infirmité des plus graves. Les moyens les plus employés consistent ou bien à redresser brusquement le membre et à le maintenir étendu d'une manière permanente dans un appareil inamovible ou dans une gouttière de Bonnet, ou à le redresser graduellement en plusieurs séances, plus ou moins espacées, en appliquant chaque fois un nouvel appareil. Ces manœuvres ne sont pas sans de graves inconvénients. Un appareil mécanique, construit sur mes indications, permet, au moyen d'une double vis interposée entre la ceinture et l'attelle fémorale externe, de redresser peu à peu le

membre, en évitant l'inflammation qui suit si souvent l'extension manuelle brusque ou graduelle.

32. — *Des anévrysmes du tronc brachio-céphalique.* — Rapport sur une observation de M. Gaujot.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1865, p. 542.)

Ce rapport, très-développé, est en même temps un mémoire sur les anévrysmes du tronc brachio-céphalique, dont j'ai tracé l'histoire en prenant pour base l'étude des observations consignées dans les recueils scientifiques français et étrangers.

33. — *Pseudarthrose de la cuisse guérie par l'extension permanente.*

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1865.)

Ayant eu à traiter, à l'hôpital de la Charité, un malade atteint de pseudarthrose du fémur droit, consécutive à une fracture non consolidée, je tentai de le guérir sans opération sanglante. Au moyen d'un appareil que je construisis et qui prenait son point d'appui sur l'ischion et dans l'aisselle, je pus exercer sur le membre une extension énergique et permanente. J'arrivai à dégager l'un de l'autre les deux fragments dont le chevauchement était de près de 5 centimètres, et, après deux mois de l'emploi de l'appareil, la consolidation fut obtenue. Le malade fut présenté un an plus tard à la Société de chirurgie, il marchait sans claudication et sans qu'il eût besoin de se servir d'aucun soutien.

34. — *Du traitement de la coxalgie par l'extension permanente.*

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1866, p. 76.)

Les recherches des chirurgiens américains sur la coxalgie ont montré que l'extension permanente, en diminuant la pression l'une contre l'autre des surfaces articulaires malades, diminue aussi les douleurs et tend à diminuer l'inflammation. Mais il fallait trouver le moyen de faire l'exten-

sion tout en permettant au malade de se lever, car si l'immobilité au lit, dans un appareil, peut améliorer passagèrement l'état local, elle a une action funeste sur la santé générale.

Mon but, dans cette communication, a été de faire connaître une méthode de traitement inconnue jusque-là en France, qui a donné des résultats remarquables, et dont j'ai obtenu également des succès que ne m'auraient pas donnés les autres méthodes.

35. — *Des accidents dus au chloroforme.*

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1866, p. 276.)

J'ai cherché à montrer, par l'étude de trois cents cas de mort par le chloroforme publiés en France et en Angleterre, que les anesthésiques amènent l'insensibilité de la même façon que les asphyxiants, mais que la mort a été très-exceptionnellement le résultat d'une asphyxie, et seulement lorsque le chloroforme avait été donné d'une façon imprudente ou inintelligente. La mort paraît être causée par une syncope qui saisit le malade, alors que la dépression causée par l'anesthésie a diminué sa puissance réactionnelle. Il faut donc employer la galvanisation dans ces circonstances; et comme le retentissement, sur l'économie, de la douleur causée par l'opération existe (bien que le malade n'en garde pas le souvenir), lorsque l'anesthésie n'est pas absolue, on est plus à l'abri de la syncope en cherchant à obtenir une insensibilité absolue.

36. — *Du traitement de la syphilis par les mercuriaux.*

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1867.)

Les faits observés par moi à l'hôpital du Midi m'ont amené à penser et à montrer que le mercure est et reste le meilleur médicament antisyphilitique; que la liqueur de Van Swieten et les frictions mercurielles sont supérieures aux préparations de proto-iodure, et que le traitement par l'iodure de potassium, employé, comme on le conseille, immédiatement après le traitement mercuriel, offre parfois des dangers, et fait souvent reparaître les accidents.

37. — *Du traitement de l'anthrax.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1866, p. 177.)

38. — *De la cicatrisation des plaies.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1866, p. 447, 465.)

Ces articles, publiés à l'occasion de la discussion ouverte à l'Académie de médecine, n'étaient pas seulement destinés à rectifier l'historique de la méthode sous-cutanée. Recherchant la cause qui peut amener la guérison avec ou sans suppuration, suivant que la section des tendons a été faite avec ou sans le contact de l'air extérieur, je montrai que la condition de toute réunion par première intention est l'apposition exacte des tissus qui doivent se réunir; or, lorsque l'air ne pénètre pas dans la gaîne tendineuse, la rétraction du tendon coupé, par le vide qu'il opère, applique l'une contre l'autre les parois de la gaîne, et la guérison sans suppuration est alors la règle. Si, au contraire, l'air a pénétré, même en petite quantité, il s'interpose entre les surfaces et empêche le contact. Ce n'est pas par lui-même, par ses propriétés chimiques, que l'air amène la suppuration lorsqu'il a pénétré dans la gaîne du tendon sectionné, c'est parce qu'il empêche le contact des tissus qui doivent se réunir, et que le contact est la condition indispensable de la réunion par première intention.

39. — *De la contagiosité de la fièvre puerpérale.*

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1866.)

Une discussion s'était élevée à la Société de chirurgie sur l'hygiène des Maternités, et en même temps sur la contagiosité de la fièvre puerpérale. J'ai cherché à montrer la nature éminemment contagieuse de la maladie, en m'appuyant sur des faits et des preuves plus longuement développées dans mon ouvrage *sur les Maternités*.

40. — *Des anévrysmes en général.*

(*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1866.)

Cet article du Dictionnaire forme un mémoire de 170 pages. J'ai cherché à montrer que la célèbre théorie de Bellingham, défendue en France par M. Broca, et caractérisée par les noms d'*actif* et de *passif*, donnés aux caillots contenus dans l'anévrysme, ne peut plus rendre complétement compte des faits observés. Je crois avoir pu montrer que la différence entre les caillots mous et les caillots solides provient, non pas de leur mode de formation, mais du mode d'évolution du caillot primitif. J'ai été conduit ainsi à croire et à démontrer, avec les faits, que le meilleur mode de traitement des anévrysmes est la compression digitale intermittente, toutes les fois qu'elle est praticable.

Une étude sur les droits respectifs de Desault et de Hunter à la découverte de la ligature à distance, m'a permis d'établir les droits de Hunter. J'ai pu établir aussi qu'un chirurgien français, Jean Vigier, avait décrit avant Anel la ligature au-dessus de l'anévrysme.

41. — *Des indications du trépan dans les fractures du crâne.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1867. Broch. in-8°.)

L'opération du trépan est une des questions les plus controversées dans notre pays. Fréquemment pratiquée à l'étranger, elle est à peu près proscrite en France depuis les travaux de Malgaigne. J'ai voulu éclairer l'étude de cette question par l'examen des faits, et j'ai réuni dans ce but toutes les observations de trépan publiées en France et en Angleterre pendant une période de dix années. 3 observations françaises contre 137 observations anglaises montrent la différence considérable qui existe dans la pratique des chirurgiens des deux pays. J'ai recherché, par l'analyse des symptômes et des lésions trouvées à l'autopsie, à poser les indications générales de la trépanation, et je crois avoir établi qu'il faut s'abstenir lorsqu'il existe depuis l'accident un coma profond, ou lorsqu'il se montre de

la contracture ou des convulsions, car l'on a affaire dans ces cas, soit à des lésions matérielles de l'encéphale, à des contusions, à des déchirures de la substance cérébrale, à une encéphalite limitée ou diffuse, contre lesquelles le trépan est impuissant; mais qu'il faut, au contraire, intervenir quand il y a hémiplégie. Trop souvent pratiquée en Angleterre, la trépanation ne mérite pas la proscription qui pèse sur elle depuis plus de trente années.

42. — *Des anévrysmes et des plaies de l'artère axillaire.*

(*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1867.)

Cet article est le travail le plus complet qui ait été publié sur cette question. L'histoire des anévrysmes et des plaies de l'axillaire s'appuie sur près de 200 observations réunies et groupées dans des tableaux analytiques. J'ai pu démontrer par les faits que la ligature de la sous-clavière est presque toujours le meilleur mode de traitement de ces lésions, et que celle de l'axillaire doit être à peu près rayée du cadre de la médecine opératoire.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, MÉDECINE

---

43. — *Recherches sur l'anatomie du poumon chez l'homme.*

(*Thèse inaugurale*, 1858.)

Ce travail, publié comme thèse inaugurale, était le résultat de recherches entreprises depuis deux ans sur la structure du poumon et sur la circulation pulmonaire. Ces recherches me permirent de montrer, par des pièces déposées au musée de la Faculté, que le poumon n'est pas formé d'acini disposés en grappes sur les ramifications des bronches, mais de cellules communiquant entre elles dans un même lobule, et au milieu desquelles se perd une ramification bronchique.

Mes recherches ont également porté sur la circulation pulmonaire. J'ai pu mettre hors de doute l'existence des *veines bronchiques*, niées encore à cette époque par un grand nombre d'anatomistes, et découvrir un ordre particulier de vaisseaux établissant une anastomose directe entre les radicules bronchiques des veines pulmonaires et les veines bronchiques proprement dites.

44. — *Remarques sur le mécanisme physiologique de l'audition.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 13.)

Examen critique des questions de physiologie spéciale soulevées par la publication du *Traité des maladies de l'oreille* de M. Bonnafont.

45. — *Examen critique de la doctrine de M. Brown-Séquard sur la physiologie du système nerveux central.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 613.)

46. — *Remarques sur l'hématose hépatique.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 383.)

La publication du livre de M. Longet m'a amené à consigner brièvement le résultat d'études entreprises et poursuivies depuis plusieurs années sur le rôle du foie dans l'hématose. J'espère prouver que le rôle de cet organe est, non pas de sécréter à la fois du sucre et de la bile, mais de transformer les matériaux libres que renferme le sang venant de la rate et de l'intestin en un principe soluble ayant les principales réactions du sucre, et pouvant se convertir en tissus organiques et servir à la nutrition des organes, laissant comme matériaux de la bile les principes gras rendus libres par la destruction des globules, lesquels, jetés, au moment de la digestion, au-devant du suc pancréatique qui les émulsionne, sont ainsi réintroduits dans l'économie. Le foie remplirait sur la partie liquide et nutritive du sang un rôle analogue à celui que remplit le poumon sur la partie excitatrice : le globule chargé d'oxygène.

47. — *Examen critique de la doctrine des générations spontanées.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 214.)

48. — *Abdomen* (anatomie).

(*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*)

49. — *Du traitement du choléra par les alcooliques à hautes doses.*

(*Journal de Martin Lauzer*, 1854.)

Ce travail, compte rendu des résultats obtenus dans le service de

M. Barthez (Sainte-Eugénie), dont j'étais alors l'interne, est destiné à montrer les heureux effets de très-hautes doses de rhum (un demi-litre chez des enfants de moins de quinze ans) pendant la période algide du choléra.

50. — *De la propagation du choléra par la contamination de l'eau et les infiltrations des déjections cholériques.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1866, p. 513.)

51. — *De l'opération de l'empyème dans le traitement de la pleurésie purulente.*

Observation d'empyème pratiqué chez un enfant, et suivi de guérison.

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

52. — *Note sur quelques points de l'hygiène hospitalière en France et en Angleterre*, 1862.

Ce mémoire, qui a servi de base à l'important débat sur l'hygiène hospitalière, est un des premiers travaux publiés sur une branche de la science, un peu oubliée depuis les beaux travaux de Tenon, et qui a été depuis l'objet de nombreuses publications en France et à l'étranger.

Les éléments avaient été recueillis d'abord en 1858, pendant un séjour de cinq mois dans les hôpitaux de Londres ; ils avaient été complétés et rectifiés par des voyages ultérieurs consacrés à la visite des principaux hôpitaux de l'Angleterre, de l'Ecosse, de l'Irlande, de la Belgique, de la Hollande et de l'Italie.

En 1859, dans mon mémoire sur la résection du genou, établissant pour la première fois, je crois, une statistique comparative de la mortalité après les grandes opérations pratiquées dans les hôpitaux de Paris et dans ceux de l'Angleterre, j'avais montré que cette mortalité était plus grande dans nos hôpitaux et qu'elle devait être attribuée à l'infériorité de notre hygiène hospitalière. J'ai donc recherché quelles étaient les meilleures conditions pouvant assurer la guérison de nos opérés, quels devaient être les principes à suivre dans l'hygiène spéciale des hôpitaux, et cette question est devenue aujourd'hui une des plus grandes préoccupations des chirurgiens et des administrateurs.

53. — *On the defective accomodation of the Irish hospitals.*

(*Dublin medical Press*, 1862.)

Réponse à des observations faites à propos de ma note sur l'hygiène hospitalière.

54. — *De l'emplacement, de la dimension et de la population des hôpitaux.*

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1864, page 505.)

55.—*Des Maternités. Étude sur les Maternités et les institutions charitables d'accouchement à domicile dans les principaux Etats de l'Europe.*

(Paris, 1866, 1 vol. in-4.)

Dans ma note sur l'hygiène hospitalière, j'avais cité les résultats heureux obtenus dans le service d'accouchements du Guy's Hospital, que j'avais cru d'abord, à tort, être un service intérieur, tandis qu'il était en réalité, ainsi que je le rectifiai le premier à l'Académie, un service extérieur. Une mortalité d'une accouchée sur 331 contrastait tellement avec celle qui régnait alors à la Maternité de Paris (1 sur 15), et à la Charité (1 sur 7), que l'on ne craignit pas à la tribune même de l'Académie, d'essayer de montrer que de si heureux résultats étaient impossibles, et de prétendre que ces statistiques étaient fausses.

Pour moi, qui connaissais leur sincérité, il restait un fait grave, inexpliqué, et d'une haute importance pour la science et pour l'humanité. Deux ans auparavant, M. Tarnier, sans oser en tirer de conclusions, avait montré que la mortalité des femmes accouchées à la Maternité était supérieure à celle des femmes accouchées à domicile. Il y avait dans ces résultats une cause que je tins à honneur de découvrir. Pendant quatre années je rassemblai les faits, et la mission que me confia l'administration des hôpitaux me permit d'étendre, *de visu*, à presque toute l'Europe l'étude de cette question.

Par une statistique de 1 800 000 accouchements, je montrai que la

mortalité des accouchées est toujours et partout très-élevée dans les hôpitaux (1 sur 30), tandis qu'elle est peu élevée en ville, même dans la classe pauvre (1 sur 200, et quelquefois 1 sur 400) ; que la fièvre puerpérale est la cause principale de cette mortalité ; que les épidémies ne coïncidant pour ainsi dire jamais, même pour deux établissements voisins, même pour deux services du même hôpital (quand il n'y a aucune communication même indirecte entre eux), la cause productrice n'est pas une influence miasmatique voyageant dans l'air ; que la contagion est la seule cause qui amène l'extension de la fièvre puerpérale, et j'ai montré enfin par quels moyens on peut sinon supprimer, du moins restreindre et prévoir les ravages de cette terrible maladie.

DIVERS

56. — *Riolan*, conférence historique faite à la Faculté de médecine.

(Brochure in-8, 1865.)

57. —*La liberté de la pratique et la liberté de l'enseignement de la médecine.*

(*Gazette hebdomadaire* et brochure in-8, 1866.)

Série d'articles publiés sous forme de lettres et destinés à montrer par l'étude de l'organisation, de la profession et de l'enseignement à l'étranger, la nécessité et la légitimité d'un enseignement officiel, les conditions de son organisation, les dangers de la multiplicité des jurys donnant le titre légal à la pratique de la médecine.

58. — *Du mouvement de la population en France.*

(*Revue des deux mondes*, 1867.)

59. — *De l'influence du recrutement de l'armée sur le mouvement de la population.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1867.)

Les deux articles ont trait à la même question. Des recherches entreprises en 1865, alors que j'étais chirurgien des Enfants assistés, sur les

résultats produits en France par la suppression des tours, m'avaient fait constater, depuis 1828, une diminution continue du nombre des naissances par rapport au chiffre de la population. Ce déficit relatif, qui avait échappé à l'attention du Bureau de statistique du ministère de l'agriculture et du commerce, avait une importance capitale, puisqu'il détruisait dans leur base tous les raisonnements établis sur les statistiques officielles. La discussion ouverte à l'Académie m'engagea à approfondir cette importante question : je pus montrer que le nombre des naissances relativement au chiffre de la population, décroît dans une telle proportion, que le déficit annuel, par rapport à la période de 1820 à 1830, est aujourd'hui de plus de 100 000 enfants ; que la mortalité en France n'a pas diminué ; que l'âge moyen de la mort, c'est-à-dire la vie moyenne, n'a pas augmenté ; que le nombre des mariages n'a pas diminué, et que leur infécondité tient surtout à l'âge auquel ils sont contractés ; que la proportion des célibataires et des hommes mariés est inverse en France et en Angleterre ; que l'égalité se rétablit après l'âge de trente ans ; que ce retard au mariage est dû à la trop longue durée du service militaire, et que la France ne double sa population qu'en cent quatre-vingt-dix-huit ans, tandis que le doublement s'opère en moins de quarante ans pour l'Angleterre et pour la Prusse.

Ce mémoire, sur lequel se sont appuyés plusieurs des orateurs du Corps législatif et que le gouvernement par son silence a semblé regarder comme rectifiant légitimement les déductions erronées de la statistique officielle, a contribué à faire abaisser à six années la durée du service militaire.

60. — *De la méthode scientifique en chirurgie.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1868.)

Leçon d'ouverture des conférences cliniques à l'hôpital Cochin (semestre d'été 1868).

Je ne crois pas devoir allonger cette liste en y faisant figurer quelques observations cliniques publiées dans les journaux de médecine ou communiquées à la Société anatomique et à la Société de chirurgie, ni mentionner un certain nombre d'articles de critique, de discussion scientifique et de bibliographie publiés dans la *Gazette hebdomadaire*. Je dirai toutefois que, pendant une collaboration de huit années, chargé dans ce journal de la *Revue des journaux*, pour la partie chirurgicale, ayant à lire ou à parcourir toutes les publications françaises et étrangères pour y choisir les observations les plus intéressantes, les publier, au nombre de plusieurs centaines, en les faisant suivre de remarques critiques, j'ai pu suivre attentivement depuis dix années le mouvement scientifique, en France et à l'étranger.

En résumé, mes principaux travaux publiés jusqu'à ce jour ont eu pour but :

1° De provoquer en France par deux mémoires sur la résection du genou et sur celle de la hanche, le retour à la pratique de la résection de ces articulations ; opérations dont l'une n'avait été pratiquée qu'une seule fois par Roux en 1849, et dont l'autre ne l'avait été que cinq fois depuis le commencement du siècle. Cinq cas de guérison obtenus depuis la publication de mon mémoire, par MM. Verneuil, Dusseris et par moi-même, montrent que la résection du genou ne mérite pas la réprobation qu'elle encourait de la part des chirurgiens français.

2° D'introduire dans la science un élément important : l'étude comparative des résultats statistiques obtenus dans les hôpitaux français et étrangers après les grandes opérations, étude aujourd'hui poursuivie partout en Europe.

3° De contribuer à montrer par l'exemple de la chirurgie étrangère l'importance d'une alimentation fortement tonique, les excellents effets des excitants et des alcooliques après les grandes opérations, la nécessité de modifier le régime diététique de nos opérés.

4° De montrer l'importance de l'hygiène hospitalière et son influence sur la guérison des opérés, et de soulever, grâce au concours bienveillant et puissant de M. le professeur Gosselin, une question presque oubliée depuis cinquante ans, et qui est aujourd'hui étudiée partout avec l'intérêt qu'elle mérite.

5° De démontrer par les faits la contagiosité de la fièvre puerpérale et la possibilité d'en diminuer les ravages.

6° De rappeler l'attention sur la trépanation dans les fractures du crâne, d'en rechercher les indications, non d'après les théories, mais d'après l'observation, et de prouver que cette opération ne mérite pas la proscription qui, en France, pèse sur elle depuis près de trente ans.

7° De contribuer à montrer que si l'iridectomie est une opération excellente dans quelques cas, les faits ne justifient pas la faveur exagérée avec laquelle on l'accueille en Angleterre et en Allemagne.

Le but que j'ai cherché à atteindre par mes travaux, je l'ai poursuivi en suivant une voie à peu près toujours la même, parce qu'elle seule me paraît sûre : m'appuyer sur les faits et non sur les opinions acceptées; rassembler autant que possible toutes ou presque toutes les observations contenues dans les livres et les recueils scientifiques, les comparer, les analyser pour en tirer de légitimes déductions ; ne pas me borner à la science française, mais consulter les livres et les journaux scientifiques étrangers, connaître le passé de la science, mais connaître surtout son présent partout où la science existe, et pour cela lire dans les originaux les publications scientifiques étrangères.

Paris. — Imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2.

ADDITION

A

L'EXPOSÉ DES TITRES

PUBLICATIONS ULTÉRIEURES

CHIRURGIE

61. — *Étude sur les résultats statistiques des opérations pratiquées dans les campagnes de Crimée et d'Amérique.*

(*Gazette hebdomadaire* et brochure in-8, 1868.)

Ce travail n'a pas eu seulement pour but de comparer dans leur proportion numérique les résultats des amputations pratiquées dans les armées française et anglaise en Crimée et l'armée des États-Unis pendant la guerre de la sécession. J'ai cherché à faire ressortir l'importance des causes qui avaient pu amener d'aussi grandes différences dans les résultats. J'ai montré qu'elles résidaient surtout dans la diversité des conditions au milieu desquelles se trouvaient les chirurgiens, diversité due à une différence malheureusement trop grande dans l'organisation des services chirurgicaux. Ce travail sert en quelque sorte d'introduction

à d'autres travaux publiés ultérieurement, et dans lesquels je me suis surtout attaché à rechercher quelles améliorations devaient être introduites dans la chirurgie d'armée.

62. — *De la valeur thérapeutique de la ligature de la carotide primitive.*

(*Gazette hebdomadaire* et brochure in-8, 1868.)

Ce mémoire, dont un résumé a été lu à l'Académie de médecine, est le plus important de ceux publiés jusque-là sur ce sujet. Il tire son importance de ce fait qu'il renferme (autant qu'on peut le dire) toutes les observations publiées dans les journaux et traités scientifiques français et étrangers. Ces observations, au nombre de cinq cents, toutes analysées et reproduites dans des tableaux soumis à l'Académie, étaient classées sous les titres suivants : 1° ligature pour anévrysmes (méthode d'Anel); 2° ligature pour anévrysmes (méthode de Brasdor); 3° ligatures pour plaies et hémorrhagies; 4° ligature préalable pour faciliter des opérations; 5° ligature dans le but de guérir des tumeurs de nature diverse; 6° ligature contre l'épilepsie et quelques affections analogues; 7° ligature des deux carotides.

J'ai examiné successivement la gravité de la ligature au point de vue de la mortalité — son influence sur la guérison des anévrysmes, des tumeurs, etc., — ses conséquences diverses. Malheureusement nous n'avons en France aucun recueil qui puisse faire les frais d'une publication aussi considérable; j'ai dû à mon grand regret supprimer de mon travail les tableaux renfermant mes observations, et ce qui augmente mes regrets, c'est que depuis, M. Pilz (de Stettin), plus heureux que moi, a pu publier dans les *Archives de Langenbeck* (Berlin) des tableaux analogues. Son travail, qui se réduit presque à ces tableaux classés seulement par ordre chronologique des opérations, renferme du reste un grand nombre d'erreurs.

63. — *Carotide (plaies et anévrysmes).*

(*Dictionnaire encyclopédique*, 1870.)

Une faible partie du mémoire précédent a pu trouver place dans l'article du *Dictionnaire*. Cet article traite non pas de la ligature, mais de l'histoire chirurgicale de la carotide. J'ai montré dans un chapitre spécial la fréquence et la gravité des accidents cérébraux qui suivent trop souvent la ligature de la carotide primitive, et j'ai cherché à montrer à quelles causes ces accidents devaient être attribués. Ils n'ont point pour cause directe, comme l'avaient cru Bérard et Ehrmann, l'anémie cérébrale, puisqu'ils surviennent le plus souvent à une époque éloignée de l'opération ; mais cette cause, quoique indirecte, est puissante, puisqu'elle suffit à amener assez souvent le ramollissement cérébral. Toutefois, l'apparition le plus ordinairement brusque de l'hémiplégie me paraît, dans la plupart des cas, devoir être attribuée au transport, dans les principaux troncs artériels cérébraux, et surtout dans l'artère de la scissure de Sylvius, d'un fragment du caillot carotidien ramolli et détaché spontanément, quelques semaines ou quelques mois après la ligature.

64. — *Tronc brachio-céphalique (plaies et anévrysmes).*

(*Dictionnaire encyclopédique*, 1869.)

Monographie de l'histoire chirurgicale de l'artère innominée, basée sur la lecture et l'analyse de toutes les observations que de longues recherches m'ont permis de recueillir dans les travaux français et étrangers. J'y ai trouvé la confirmation irréfutable du fait que j'avais avancé le premier en 1859 : que le retour de l'hémorrhagie après la ligature du tronc innominé ou de la sous-clavière en dedans des scalènes a lieu par le bout périphérique et non par le bout central ; que l'artère vertébrale est presque toujours l'artère qui rapporte le sang, et que si l'on se trouvait dans la nécessité de faire l'une ou l'autre de ces ligatures, il faudrait

simultanément lier la vertébrale. Cette pratique a pu depuis sauver le seul malade qui ait survécu à l'opération. (Smith, New-Orleans.)

65. — *Bras artificiel.*

(*Dictionnaire encyclopédique,* 1869.)

Étude sur la prothèse du membre supérieur.

66. *Étude clinique sur quelques points de l'histoire des maladies vénériennes.*

(*Gazette hebdomadaire* et Acad. de médecine, 1869.)

Ce mémoire est basé sur six mille observations prises par moi, dans mon service et à ma consultation de l'hôpital du Midi, 1866-1867. J'ai recherché quelle avait été la durée de l'incubation des chancres mous, des chancres indurés et de la blennorrhagie. J'ai recherché également quelle était la fréquence de l'orchite blennorrhagique, et surtout quel était le rapport de l'orchite avec le traitement fait antérieurement contre la blennorrhagie. Je crois avoir pu démontrer que les divers traitements, et même l'absence de traitement, paraissent n'avoir aucune influence sur l'apparition plus ou moins fréquente de la complication épididymaire.

67. — *Du pansement des plaies.*

(Acad. de médecine et *Gazette hebdomadaire,* 1870.)

Ce travail est destiné à montrer que l'infection purulente est contagieuse et que la contagiosité de cette redoutable affection est la cause principale de la grande élévation de la mortalité hospitalière. Sous l'influence de ces idées, j'avais dû chercher à mettre, par des pansements appropriés, les blessés et les amputés aussi à l'abri que possible de la contagion. Je crois y être arrivé par un mode de pansement que j'ai

appelé par balnéation continue et qui consiste à n'employer que des compresses trempées dans l'eau mélangée d'alcool camphré et à envelopper hermétiquement tout le membre d'une large pièce de taffetas ciré. Je citais à l'appui de mes idées sur ce point les résultats statistiques obtenus depuis trois ans dans mon service à l'hôpital Cochin. J'ajoute que ces résultats exceptionnels se sont continués, et que pendant le siége de la Commune, j'ai obtenu beaucoup plus de guérisons après les fractures compliquées traitées par la conservation et après les amputations que n'en comporte la statistique ordinaire des hôpitaux de Paris en temps normal.

68. — *De la contagiosité de l'infection purulente.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1871, p. 425.)

Je suis revenu sur le même sujet l'année dernière à propos de la discussion ouverte à l'Académie de médecine, et surtout à propos du pansement ouaté de M. Alphonse Guérin. J'ai cherché à montrer que si M. Alph. Guérin, en maintenant en contact avec la plaie, et pendant un long temps, le pus qu'il regarde comme inoffensif, et MM. J. Guérin et Maisonneuve, en aspirant au fur et à mesure de sa production le pus qu'ils regardent comme délétère, ont tous obtenu d'incontestables succès, cela tient à ce qu'en ne renouvelant pas le pansement, ils soustraient la plaie au contact des éponges, des doigts du chirurgien et des aides, des instruments, de la charpie plus ou moins contaminés, du contact de l'air lui-même, et qu'ils se mettent ainsi dans de bonnes conditions pour éviter la contagion. De même, les résultats de M. Lister (d'Édimbourg) et de ses imitateurs tiennent à ce que lavant la plaie, les éponges, le lint, les instruments, les doigts des aides dans une solution d'acide phénique, ils détruisent le contagium et s'opposent à la propagation de la maladie par contagion.

Je crois également que tous ces modes de pansement, y compris celui que j'emploie, ne s'opposent que faiblement à l'apparition des cas primitifs ou spontanés d'infection purulente.

69. — *De la résection, de l'amputation et de la conservation dans les blessures de la hanche par coups de feu.*

(*Gazette hebdomadaire*, janvier 1870.)

Cette étude a pour base et point de départ les travaux et les statistiques publiés en France et à l'étranger sur les guerres de Crimée, d'Italie et d'Amérique.

70. — *De la substitution des courants continus faibles et permanents aux courants continus énergiques et temporaires.*

(*Société de chirurgie*, 1872.)

Ce mémoire, appuyé sur quelques cas de guérison de paralysie traumatique et de contracture, est le résumé de recherches cliniques entreprises depuis 1869. Cette méthode m'a donné et paraît devoir donner des résultats importants dans le traitement de certaines lésions de nutrition. Elle n'est qu'à ses débuts, et, pour qu'on puisse en spécifier la sphère d'application et les indications précises de son emploi, il est nécessaire d'attendre des recherches ultérieures et la sanction d'une plus longue expérience.

71. — *De l'hétéroplastie.*

(Académie de médecine, 1872.)

Dès 1869, je fus amené à me demander s'il fallait ne considérer que comme un naïf roman la célèbre observation de Dutrochet. Encouragé par les résultats obtenus par la transplantation de lambeaux périostiques, je voulus tenter la transplantation de lambeaux cutanés. Si cette expérience réussissait, il était évident qu'on aurait accompli une véritable révolution dans l'autoplastie faciale. Je ne pus opérer mon

malade qu'au commencement de 1870. L'opération consista à emprunter à la peau du bras les téguments nécessaires pour remplacer une paupière inférieure. J'échouai, et j'attribuai mon échec à ce que j'avais dépassé dans mon lambeau les limites du derme. Je renouvelai ma tentative en mars 1872. Il s'agissait cette fois de combler, par un petit lambeau cutané, l'espace laissé vide dans une opération d'ectropion par incision transversale et suture des paupières. Le lambeau, emprunté au bras gauche, fut complétement détaché, découpé à la dimension voulue, et appliqué sur la surface saignante, où il fut retenu par une couche de gutta-percha laminée et de collodion; il reprit parfaitement. Le malade a été présenté à l'Académie quinze jours après l'opération. L'hétéroplastie me paraît donc créée. L'avenir nous montrera quelle pourra être la sphère de son application.

DIVERS

Plusieurs de mes travaux, en rapport indirect seulement avec la pathologie chirurgicale, ont eu pour point de départ des intentions que je crois devoir faire connaître.

La lecture des journaux et des travaux scientifiques publiés à l'étranger m'avaient montré qu'il y avait en dehors de nos frontières beaucoup de choses dignes d'attirer notre attention. En 1858, un séjour de six mois dans les hôpitaux de Londres, dans le but d'étudier la chirurgie anglaise et la question des résections articulaires, ma participation à la campagne d'Italie en 1859, des voyages en Angleterre, en Écosse, en Irlande, en Belgique et en Hollande pour y poursuivre l'étude des questions d'hygiène hospitalière et de thérapeutique chirurgicale, amenèrent dans mes idées une véritable transformation. Ce n'était point dans un but de plaisir ou de curiosité, pour visiter les musées ou les monuments, que je sacrifiais à ces excursions mes faibles ressources pécuniaires; c'était pour étudier tout ce qui de près ou de loin appartenait au domaine si vaste de la science médicale. L'organisation des hôpitaux et des secours hospitaliers, l'organisation de l'enseignement médical, firent surtout l'objet de mes préoccupations. Avant de franchir pour la première fois nos frontières, je croyais à une supériorité incontestable de la France sur tous les points. Je ne tardai point à voir que sur beaucoup d'entre eux nous entretenions de fâcheuses illusions, et des voyages ultérieurs, surtout celui que je fis en 1864 au nom de l'administration des hôpitaux, ne firent que confirmer de sérieuses inquiétudes sur l'avenir de mon pays.

Je m'adonnai à l'étude des langues étrangères et je me vouai à ce rôle ingrat, dont j'ai si souvent ressenti l'amertume et dont je ne me suis jamais dissimulé le danger personnel, de montrer, de mettre en relief les défectuosités de notre organisation, c'est-à-dire de laisser à dessein de côté tout ce qui était à approuver, tout ce qui faisait notre supériorité (puisque sur des points divers et heureusement nombreux il n'y avait rien d'essentiel à modifier), pour rechercher, au contraire, et pour mettre en lumière tout ce qui en France était défectueux, tout ce qui pouvait être utilement modifié, en profitant de l'expérience acquise par nos voisins. Sans illusion, et je tiens à honneur de pouvoir dire : sans faiblesse, je n'ai pas reculé devant l'accomplissement de ce que je regardais comme un devoir ; je n'ai pas hésité, par dévouement pour mon pays, à mettre à découvert ses défauts et à faire ressortir les qualités de l'étranger, souvent même celles de l'ennemi. J'ai montré l'infériorité de nos résultats statistiques aussi bien dans la pratique hospitalière civile que dans la pratique militaire; j'ai montré l'infériorité de notre hygiène hospitalière ; les *desiderata* de l'organisation de notre enseignement médical ; l'abaissement progressif de notre natalité ; nos illusions sur la durée de la vie moyenne et sur les déductions qu'on croyait pouvoir tirer des calculs erronés de la statistique officielle; l'influence désastreuse du recrutement sur le mouvement de la population ; l'inquiétante proportion des naissances illégitimes (1 sur 4 à Paris, 1 sur 25 à Londres) ; le danger du développement excessif de la prostitution à Paris ; l'excessive mortalité des jeunes enfants rapprochée de la forte proportion des naissances illégitimes, et, dans un ordre de choses un peu plus médical, la déplorable organisation de la chirurgie militaire. Toutefois, ennemi acharné du dénigrement et de l'opposition stérile, j'ai cherché à montrer partout le remède à côté du mal, et je n'ai même signalé le mal que lorsque j'avais à proposer le remède. Je ne me suis point demandé si en suivant cette voie, si en faisant de périlleuses excursions en dehors du domaine exclusivement chirurgical, je ne m'exposais pas à me nuire à moi-même ; il me suffisait de savoir que je pouvais être utile à tous.

72. — *Des hôpitaux sous tente.*

(*Gazette hebdomadaire* et brochure in-8, 1869.)

73. — *De la campagne d'Italie au point de vue médical et administratif.*

(*Gazette hebdomadaire* et brochure in-8, 1869.)

74. — *De la prostitution dans la ville de Paris, et de ses rapports avec la propagation des maladies vénériennes.*

(Académie de médecine, 1869). — Non publié.

Mémoire basé sur l'interrogation et l'examen de six mille malades de l'hôpital du Midi, et sur des documents fournis par la Préfecture de police. Ce rapport n'a pas encore été fait à l'Académie.

75. — *La question des nourrices.*

(*Revue des deux mondes*, 1869.)

76. — *La chirurgie d'armée.*

(*Revue des deux mondes*, 1870.)

SOUS PRESSE

---

77. — *La chirurgie militaire et les Sociétés de secours en France et à l'étranger.*

Volume in-8 de 600 pages (pour paraître dans quelques jours).

Étude sur la réorganisation de la chirurgie militaire en France.

78. — MALGAIGNE. *Manuel de médecine opératoire.*

Nouvelle édition en deux volumes, avec planches.

EN PRÉPARATION

---

79. — *Traité clinique de thérapeutique chirurgicale.*

1[er] volume : *Thérapeutique* et *Méthodes générales.*

80. — *Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement des rétrécissements de l'urèthre (dilatation progressive et immédiate).*

Cette méthode consiste à introduire au moyen d'une bougie conductrice, analogue à celle dont on se sert dans l'uréthrotomie, trois sondes pleines coniques d'un volume progressivement croissant et qui se vissent successivement sur la bougie conductrice laissée en place. Depuis 1869, j'ai employé ce procédé sur presque tous mes malades atteints de rétrécissement ; la guérison à peu près immédiate a été la règle (si l'on entend par guérison l'action de rendre au canal ses dimensions normales), je n'ai pas eu à regretter une seule fois des accidents quelque peu sérieux, et la récidive n'est pas plus à craindre qu'avec toute autre méthode, pourvu que le malade sorti de l'hôpital continue à se sonder de temps en temps. Je n'ai pas rencontré une seule fois depuis que j'emploie ce moyen l'occasion de pratiquer utilement l'uréthrotomie interne.

81. — *Note sur un moyen de franchir les rétrécissements regardés comme infranchissables.*

Lorsqu'un rétrécissement très-étroit ne coïncide pas avec l'axe du canal de l'urèthre et qu'on ne peut y introduire une bougie, même filiforme, on a conseillé et essayé de le franchir en pratiquant le cathétérisme pendant qu'on fait uriner le malade. On échoue presque toujours, parce que le jet d'urine sortant du rétrécissement suffit à faire dévier une bougie, toujours alors très-mince. Il m'avait semblé qu'on arriverait plus facilement au but en cathétérisant le malade, en même temps qu'on pousserait une injection jusque dans la vessie. Une sonde poussée jusqu'au rétrécissement, percée à son sommet pour laisser passer la bougie, porte à son extrémité libre deux canules accolées, l'une latéralement placée sert à faire l'injection, l'autre située dans l'axe donne passage à la bougie. Un petit opercule formé par une lamelle de baudruche forme dans le trocart à thoracocentèse un opercule qui empêche le reflux du liquide le long de la bougie. Je suis arrivé plusieurs fois par ce moyen à franchir des rétrécissements dans lesquels je n'avais pu pénétrer par aucun autre moyen.

82. — *Réfutation des théories allemandes sur le glaucome aigu (hydropysie enkystée sclérotico-choroïdienne). — Substitution de la paracentèse choroïdienne à l'iridectomie.*

Déjà en 1864 j'ai exposé à la Société de chirurgie cette théorie du glaucome aigu et montré quel était le véritable mécanisme de la guérison par l'iridectomie. Si de Græfe avait constaté l'existence de la tension anormale du globe et de ses conséquences (douleurs péri-orbitaires, anesthésie conjonctivale, excavation de la papille), il n'avait pu en découvrir le point de départ et le mécanisme. L'iridectomie était

donc restée un moyen thérapeutique souvent utile, mais toujours empirique. En découvrant la véritable nature du glaucome aigu, j'ai été amené à employer une autre médication. La ponction scléroticale, faite avec un trocart capillaire à aspiration d'une construction nouvelle, m'a donné des résultats remarquables. Si pour moi la question me paraît jugée, je dois encore attendre un plus grand nombre de faits avant de publier la réfutation des théories allemandes, et les cas de véritable glaucome aigu sont assez rares dans nos hôpitaux pour expliquer le retard mis à la publication de ce travail.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.